



Competencia emocional y percepción de salud mental en una muestra de alumnado del Grado de Psicología de la Universidad de Cádiz

Trabajo de Fin de Grado
Modalidad 2: Trabajo de investigación

Autor: Carmela Ruiz Galindo
25/06/2015

Tutor: José Miguel Mestre Navas

Facultad de Ciencias de la Educación

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que me han ayudado a conseguir la elaboración de este trabajo.

En primer lugar, a mi tutor Jose Miguel Mestre, que además de ser mi tutor se ha convertido en mi fuente de motivación durante estos años de formación y ha conseguido despertar en mí una verdadera pasión por la psicología que ninguna otra persona podría haber conseguido. Él siempre será mi maestro. Gracias por haber confiado en mí.

Una mención especial merecen Pilar, Vera y Josefa, que son más que unas amigas para mí y siempre me han apoyado en todo lo que me he propuesto.

También agradecer a Alejandro su apoyo incondicional durante tantos años y en especial en la elaboración de este trabajo. Gracias por hacer que todo sea más fácil a tu lado.

Por último, agradecer a la persona más importante y esencial no sólo en este trabajo, sino en todos los que he realizado en mi vida. Gracias mamá.

Resumen

Con el fin de conocer el nivel de salud mental percibido y la competencia emocional de los psicólogos en formación de la Universidad de Cádiz, se seleccionó una muestra de 190 estudiantes del grado de psicología (edad media de 21.16, $DT= 4.33$; 81.6% fueron mujeres). El nivel de salud mental percibida fue evaluado por el listado de síntomas breves (LSB-50, Abuín & de Rivera, 2012). Además la competencia emocional fue medida con una prueba de inteligencia emocional percibida – IEP (ESCQ, Tacsic, 2002), con un test de estrategias de afrontamiento o coping (CERQ, Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), el estilo afectivo (ASQ, Hofmann y Kashdan, 2010) y el humor positivo vs. negativo (BMIS, Mayer, 1988). Los resultados principales del trabajo revelaron que alrededor del 5% de la muestra se percibe a sí misma con síntomas clínicos en depresión, ansiedad, miedo, hostilidad o somatización. La IEP se relacionaba negativa y significativamente con la hostilidad; los participantes con una mejor capacidad para ajustar emociones se relacionaron con una menor percepción de síntomas de depresión y miedo. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, aquellos que más puntuaron en catastrofismo, culpar a otros y rumiación también fueron los que más se percibían como depresivos, ansiosos, hostiles y con miedo. El humor tanto positivo como negativo se relacionó con los síntomas breves. Esta investigación sugiere la idea de que una adecuada salud mental está relacionada con un adecuado entrenamiento en competencias emocionales.

Palabras clave. Salud mental percibida; síntomas clínicos; estudiantes de psicología; competencia emocional; inteligencia emocional percibida; coping; estilos afectivos; humor.

Abstract

In order to know the level of perceived mental health and emotional competence of psychology students at the University of Cádiz, we selected a sample of 190 students of psychology degree (average age of 21.16, $SD = 4.33$; 81.6% were women). The level of perceived mental health was assessed by the short list of symptoms (LSB-50, Abuín & Rivera, 2012). Besides emotional competence was measured with a test of perceived emotional intelligence - IEP (ESCQ, Tacsic, 2002), with a test of coping strategies or coping (CERQ, Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), affective style (ASQ Hofmann

and Kashdan, 2010) and the positive mood vs. negative (BMIS, Mayer, 1988). The main results of the study revealed that about 5% of the sample perceived themselves with clinical symptoms in depression, anxiety, fear, hostility and somatization. The IEP is negatively and significantly related with hostility; participants with a better ability to adjust emotions were associated with a lower perception of symptoms of depression and fear. Regarding coping strategies, most of them scored in catastrophism, blaming others and rumination were the most commonly perceived as depressed, anxious, hostile and afraid too. The both positive and negative mood was associated with clinical symptoms. This research suggests the idea that appropriate mental health is related to adequate training in emotional competencies.

Keywords. Perceived mental health; clinical symptoms; psychology students; emotional competence; Perceived emotional intelligence; coping; affective styles; mood.

Índice

Justificación.....	6
1. Introducción.....	7
1.1 La salud mental.....	7
1.2 La salud mental en los psicólogos.....	8
1.3 La salud mental en los estudiantes de psicología.....	9
1.4 Competencias relacionadas con la salud mental.....	11
1.4.1 La Inteligencia Emocional (IE).....	11
1.4.2 El estilo afectivo.....	13
1.4.3 La regulación emocional.....	14
1.4.4 El humor.....	14
2. Objetivos e hipótesis de trabajo.....	16
3. Método.....	18
3.1 Participantes.....	18
3.2 Instrumentos.....	19
3.3 Procedimiento.....	22
4. Resultados.....	24
5. Discusión.....	29
6. Conclusión.....	35
7. Referencias bibliográficas.....	37

Justificación

La realización de la presente investigación se debe principalmente a una necesidad personal de responder a la siguiente pregunta: ¿Tienen desarrolladas los psicólogos en formación las competencias emocionales adecuadas que les permitan una buena SM?

Autores como Corbella y Botella (2003), estiman que la psicoterapia resulta inconcebible sin el establecimiento de una buena relación interpersonal entre paciente y terapeuta; y que la competencia del terapeuta es crucial tanto para el desempeño profesional como para su propia SM.

Además de las estimaciones de otros muchos autores, personalmente he podido comprobar la importancia de estas competencias emocionales por parte de los psicólogos en varias situaciones, principalmente durante las Prácticas Curriculares de mi formación, en las que corroboré que había adquirido una gran cantidad de conocimientos teóricos pero que, a pesar de esto, existía un vacío en la formación práctica de mis competencias emocionales: coping, capacidad empática, regular las emociones propias y las de los demás, entre otras.

Este fue uno de los motivos que despertó mi interés en la formación de estas competencias. El segundo motivo lo encontré durante mi estancia como Erasmus en la Universidad de Padua, donde finalmente pude confirmar que una formación práctica en competencias emocionales es, además de necesaria, posible. Allí se celebran regularmente seminarios destinados a mejorar en particular estas competencias emocionales y en general la SM de los estudiantes de psicología.

Por todos estos motivos, decidí hacer el presente Trabajo de Fin de Grado, que consiste en una investigación sobre la SM de tres generaciones de futuros psicólogos de la Universidad de Cádiz, cuya meta general era comprobar en qué medida el desarrollo de la competencia emocional está vinculada a una adecuada SM percibida.

1. Introducción

1.1 La salud mental

Una de las definiciones más utilizadas para describir la salud es la que ofreció la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100). La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en el año 1946 en Nueva York (Official Records of the World Health Organization, N° 2), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Según la OMS, para que una persona tenga control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos ha de estar emocionalmente sana. Estas personas se sienten bien consigo mismas y tienen buenas relaciones interpersonales, lo que influirá en una buena relación terapéutica.

Según Morales (2009), la definición de la OMS se basó en el postulado de Sigerist del año 1941, ya que Sigerist fue el primero en reconocer los aspectos sociales de la salud afirmando que un individuo sano ha de presentar un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente para tener un exitoso ajuste a su entorno físico y social y controlar plenamente sus facultades físicas y mentales para poder adaptarse a los cambios ambientales y contribuir al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad (como afirmaba el antiguo modelo médico).

Más recientemente, Keyes (2005) propuso un nuevo modelo de salud, el Modelo del Estado Completo de Salud, que señala la existencia de trece dimensiones o síntomas de SM que a continuación describimos (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Modelo del Estado Completo de Salud (Basado en Keyes, 2005)

Dimensión	Descripción
Afecto positivo	Buen humor, sosiego, calma y amor por la vida
Satisfacción con la vida	Sentimiento de felicidad
Autoaceptación	Actitudes positivas hacia sí mismo y hacia la vida pasada y aceptación de las características del yo
Aceptación social	Actitud positiva hacia los otros acompañada de reconocimiento y aceptación de las diferencias
Crecimiento personal	Confianza en sí mismo y apertura a nuevas experiencias y retos
Actualización social	Creencia en la capacidad de las personas, de los grupos y de las sociedades para crecer y desarrollarse positivamente
Objetivos vitales	Proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos
Contribución social	Sentimiento de que nuestras actividades son útiles para la sociedad y de que son valoradas
Dominio del entorno	Capacidad para manejarse en ambientes complejos y para elegir aquellos que se adaptan a sus necesidades
Coherencia social	Interés por la sociedad y por la vida social; sentimiento de que la sociedad es inteligible, tiene una lógica, es predecible y tiene un sentido
Autonomía	Capacidad para definir y dirigir la vida de acuerdo a estándares internos socialmente aceptados, y resistencia a la presión social
Relaciones positivas con los otros	Capacidad de empatía e intimidad
Integración social	Sentimiento de pertenencia a una comunidad de la que recibe satisfacción y apoyo

Una vez definida las SM, nos centraremos en la importancia que tiene esta en los psicólogos.

1.2 La SM en los psicólogos

En una publicación de Casari (2010) titulada “¿Es necesaria la SM en los psicólogos?”, se planteaba la curiosidad de que un profesional psicólogo/a esté capacitado para realizar exámenes psicodiagnósticos, incluso en situaciones de gran complejidad como el área jurídica, y quizás nunca haya pasado él mismo por uno de estos exámenes.

Realizando una revisión de la literatura respecto a la importancia de la SM en los psicólogos, lo primero a destacar es que desde el punto de vista de la deontología en

psicología, el código de ética del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (1993) deja implícito que el profesional en el ejercicio de su profesión debe ser consciente de sus limitaciones y cómo éstas afectan a su desempeño profesional, pero en ningún momento se hace explícita la necesidad de haber realizado una psicoterapia personal o estar haciéndola (Casari, 2010).

A pesar de que el Código Deontológico no haga referencia explícita a este tema, hay autores como Opazo (2004) que refiere algunas variables necesarias en un buen terapeuta. Éstas serían la disposición hacia la ayuda, el bienestar psicológico, la capacidad de empatía, la facilidad de motivación y la diversidad de experiencias. Si estas variables son necesarias para la eficacia de la terapia, se vuelve por lo tanto sumamente importante el estado mental del terapeuta, ya que la persona del terapeuta es la herramienta principal en la psicoterapia (Consoli & Machado, 2004). Además, hay autores que afirman que los psicólogos que tienen una mayor comprensión y dominio de sí mismos, es probable que puedan ofrecer un mejor servicio a sus pacientes (Aponte & Winter, 2000).

Por su parte, Nasetta y Tifner (2004) señalaron que los pacientes imitan las conductas del terapeuta, de forma inconsciente o no, lo que provoca que se modelen las conductas y/o la SM del paciente tomando como referente la conducta y/o la SM del psicólogo. En la misma línea, Luque (2006) agregó que dado que son fundamentales para el desempeño del rol de psicólogo la integridad y conocimiento de sí mismo, el autor supone que el psicólogo podrá ayudar a conseguir bienestar psíquico sólo si cuenta él mismo con estas cualidades.

1.3 La SM en estudiantes de psicología

Dada la importancia que tiene la SM del psicólogo para su desempeño como profesional, esta debería de ser abordada antes de que ejerciese como psicólogo.

Hay, de forma general, dos líneas de investigación: las investigaciones sobre el bienestar psicológico de los alumnos de psicología y, por otro lado, las que intentan evaluar la personalidad como indicador de SM o de otros trastornos psicopatológicos.

Dentro de la primera, uno de los primeros estudios realizados con alumnos de psicología fue el de Laforge (1962) en Estados Unidos, autor que encontró un factor común en los estudiantes de psicología del primer año de carrera: la expresión de ansiedad y un desajuste general extremo.

Posteriormente, es en especial en países sudamericanos donde más se han interesado por la relación entre el psicólogo en formación y su SM. En Argentina, Cornejo y Lucero (2005) indagaron sobre el bienestar psicológico y las preocupaciones vitales en una muestra de 82 estudiantes del primer año. Encontraron que éstos poseían un nivel medio de satisfacción en la vida, e informaron ciertos problemas adaptativos a la nueva etapa académica (manifestándose en la falta de autoestima y en el temor a no poder responder a las exigencias académicas). Estos mismos resultados fueron encontrados en España por Mariñalarena, Correché, Rivarola, Tapia y Martínez (2009), en una muestra de 872 de estudiantes de la Universitat Jaume,

En Chile, en una muestra de 123 estudiantes de psicología que acudieron al Servicio de Atención Psicológica, González, Gaspar, Luengo y Amigo (2014), señalaron que las patologías más frecuentes de SM encontradas fueron síntomas ansiosos, depresivos y de impulsividad, además de la presencia de trastornos de la personalidad no tratados.

De los datos que obtuvieron, cabe destacar que los alumnos de la carrera de psicología presentaban una prevalencia de patologías mentales del 11%. Se evidencia además co-morbilidad de los trastornos ansiosos y del ánimo, con rasgos y/o trastornos de la personalidad, lo que agrava notablemente los pronósticos de los alumnos que consultan. Todos estos resultados generan gran preocupación, ya que el ejercicio profesional de la carrera en cuestión, está orientado a trabajar con las problemáticas, malestares y dolores que afligen a la humanidad, por lo cual resulta fundamental que los estilos de vida coincidan con la disciplina que se ejerce (González et al. 2014), preocupación que ya fue expresada por Aponte y Winter en el año 2000.

Dentro de las segundas líneas de investigación que han intentado evaluar la personalidad como indicador de SM, Luque (2006) evaluó la incidencia de trastornos de personalidad y síndromes clínicos en estudiantes de psicología, específicamente de los dos últimos años de la carrera. Obtuvo como síndrome más representativo la distimia.

Por su parte, Albanesi de Nasetta, Garelli y Masramon (2009) en un estudio con 62 estudiantes del cuarto año de psicología, observaron que éstos presentaban 3 estilos de personalidad característicos, que resumimos en la Tabla 2:

Tabla 2.
Estilos de personalidad en estudiantes de psicología según Albanesi de Nasatta et al. (2009)

Estilo de personalidad	Descripción
Esquizotípico	Personas que presentan dificultades en las relaciones interpersonales
Personalidad límite	Personas que presentan inestabilidad en las relaciones interpersonales y en sus afectos a la vez que una notable impulsividad
Personalidad depresivo	Presentan baja autoestima y dificultades para disfrutar

Como puede observarse de lo visto hasta ahora, parece haber una relación entre la SM de los estudiantes de psicología y sus competencias emocionales.

A continuación, veremos algunos trabajos que relacionan la SM con estas competencias emocionales.

1.4 Competencias emocionales relacionadas con la SM

Como hemos visto, según la literatura existente, algunos futuros psicólogos pueden padecer en mayor o menor medida problemas de SM. Para que estos problemas puedan ser abordados debemos conocer cuáles son aquellas competencias que están más relacionadas con su SM.

1.4.1 Inteligencia Emocional (IE)

La IE es un conjunto de capacidades (percibir, usar, comprender y resolver) para el tratamiento de la información emocional (Mayer & Salovey, 1997).

Como Mayer, Roberts y Barsade (2007) señalan, disponer de buenos recursos de IE afianza nuestro bienestar personal y social. En los primeros estudios sobre

Inteligencia Emocional destacan los autores Mayer y Salovey, según los cuales la IE abarca cuatro habilidades (ver Figura 1).

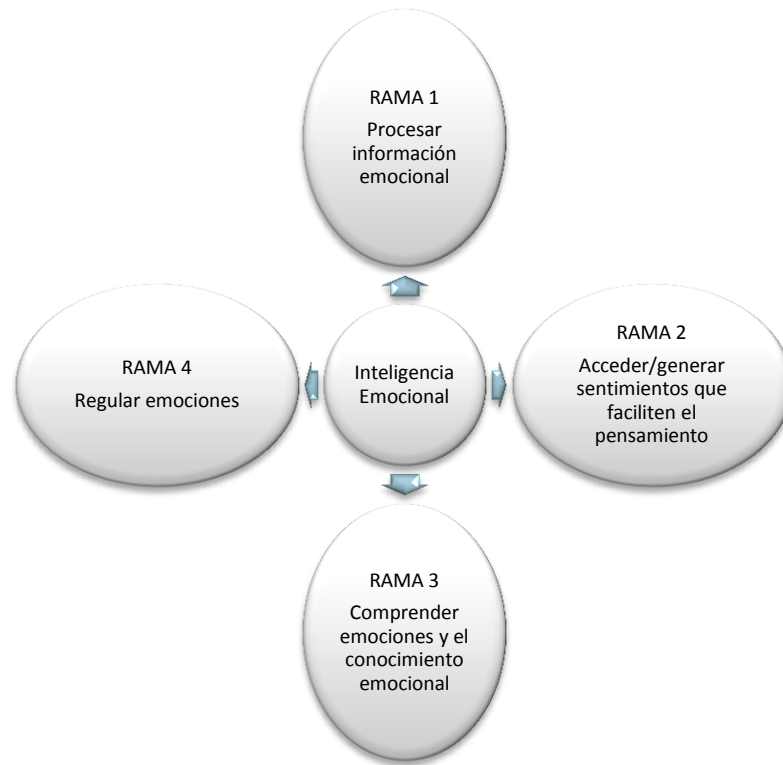


Figura 1

Inteligencia Emocional basado en Mayer y Salovey (1997)

El uso inteligente de los afectos y emociones requiere detectar y dar sentido pleno a nuestras vivencias afectivas. También incluye gestionarlos de acuerdo con las demandas del contexto y con los deseos, actitudes y compromisos propios (Mayer y Salovey, 1997).

Uno de los trabajos que apoyan más consistentemente la relación de la IE y la SM los encontramos en un meta-análisis realizado en 7898 sujetos, que encontró que niveles altos de IE estaban significativamente relacionados con una buena SM (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar & Rooke, 2007).

En otro trabajo, Ruvalcaba, Fernández & Guadalupe (2014), en una muestra de 418 jóvenes, se concluyó que existían relaciones sólidas entre las capacidades de inteligencia emocional percibida con el nivel de satisfacción con la vida y con las facetas correspondientes a los dominios psicológicos y sociales.

Por consiguiente, parece demostrarse que la IE es un buen indicador de la SM.

1.4.2 Estilo afectivo

Otra de las competencias a analizar será el estilo afectivo, ya que un número considerable de investigaciones convergen en establecer que la psicopatología puede surgir en parte debido a una deficiencia en el proceso de regulación afectiva, en otras palabras, la habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos afectivos y diferenciarlos unos de otros. Es decir, el estilo afectivo provoca un efecto general en la SM (Silva, 2005).

Al respecto, los estudios de Gross (2002) han demostrado cómo los estilos de regulación afectiva de supresión y de reevaluación difieren en su efectividad en la administración de la experiencia afectiva, además de suponer un diferente "costo" psicofisiológico para el individuo. Estas diferencias hacen referencia a que, a largo plazo, las personas que tienen como estilo de regulación afectiva la supresión, al disminuir notablemente su expresividad emocional, generan afectos negativos en los otros y resultan menos "alentadores" en situación de adversidad, en especial por la disminución de su expresividad afectiva, todo lo contrario a lo que ocurre en las personas que tienen como estilo de regulación afectiva la reevaluación positiva.

En cuanto a los trastornos psicológicos relacionados con el estilo afectivo, en primer lugar debemos destacar el trastorno de personalidad límite descrito por Linehan (1993), cuyo elemento central es precisamente la desregulación emocional. Conductas propias de este trastorno son por ejemplo las conductas autolesivas o los intentos de suicidio, que han sido considerados por autores como Gratz (2003) como intentos extremos de regular estados emocionales negativos. Además de la influencia de la desregulación emocional en el Trastorno Límite de personalidad, hay otros trastornos psicológicos con los que algunos autores relacionan los problemas de estilo afectivo. Por ejemplo, McNally et al. (2003), sugieren que los trastornos por consumo de

sustancias como el alcohol a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos, es decir, iniciados por la supresión emocional de la que hablaba Gross (2002). Además de la supresión emocional, la evitación de la experiencia emocional también se ha descubierto como un estilo desadaptativo que parece estar asociado al trastorno de pánico (Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003), o al trastorno de ansiedad generalizada (Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005).

Muy relacionado con el concepto de estilo afectivo es el de regulación de las emociones.

1.4.3 Regulación emocional

La regulación emocional se define como la forma cognitiva y consciente de manejar la información emocional activada para modificar el estilo de experiencia emocional (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Rottenberg & Gross, 2007). En otras palabras, consiste en el proceso de empezar, modular, mantener o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos somáticos (Garrido, 2006).

Se encuentra bien documentado que ciertas estrategias de esta naturaleza guardan relación con la propensión a presentar síntomas de ansiedad y depresión en población adulta y adolescente (Andrés, Castañeiras, & Richaud, 2014). Más concretamente, dentro de las estrategias cognitivas, se ha identificado que las estrategias de autoculpabilización, rumiación, catastrofización y reevaluación positiva, esta última en contra de los estudios de Gross, se relacionan consistentemente con la presencia de ansiedad y depresión en población adulta y en adolescentes (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Garnefski, Kraaij, & van Etten, 2005; Garnefski, Teerds, Legerstee, & van den Kommer, 2004).

1.4.4 Humor

Autores como Quintero (2004) hacen referencia a los beneficios de poseer un humor o afecto positivo en cuatro dimensiones (ver Tabla 3).

Tabla 3

Beneficios del humor positivo según Quintero (2004)

Dimensiones	Implicaciones
Física	Disminuye el sentido del dolor; ayuda en los procesos digestivos: relaja nuestros músculos y el sistema nervioso parasimpático y normaliza la presión sanguínea.
Psicológica	Mejora la comprensión de las situaciones; combate temores; relajación mental y emocional; aumenta nuestra autoestima, entre otros.
Social	Mejora aspectos como la comunicación, nivel de tolerancia, aceptación de hechos inevitables y mejora las relaciones interpersonales minimizando el estar a la defensiva.
Espiritual	Desarrollo de la creatividad, fomenta la libertad, nos ayuda a manejar aquellas situaciones que nos debilitan y nos permite modificar nuestra filosofía de vida.

Algunos estudios apoyan que el afecto positivo podría estar relacionado con una mejor SM. Por ejemplo, Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner (2006) encontraron una asociación entre afecto positivo y mejores índices de SM.

Más recientemente, en el año 2014, Vera y Celis, afirmaron que los afectos positivos mediaron en términos positivos con mejores niveles de salud y, por otra parte, los afectos negativos mediaron en términos negativos. Los autores concluyeron que, por lo tanto, sería interesante verificar el efecto diferenciador en la salud dependiendo de la naturaleza de la afectividad.

Por todo lo visto hasta ahora, los principales objetivos de la investigación fueron determinar, por un lado, la SM de estos estudiantes de psicología, y por otro lado, identificar las competencias que influyen en una buena SM, de forma que los datos obtenidos puedan resultar útiles en los programas de formación de futuras generaciones de psicólogos, para que cuando se enfrenten a la práctica profesional, no se encuentren con una falta de formación en competencias afectivas.

2. Objetivos e Hipótesis de trabajo

Objetivos

O₁: Determinar el nivel de SM percibida de la muestra mediante la prueba LSB-50 (Listado de Síntomas Breve, Abuín & De Rivera, 2012).

O₂: Identificar los casos clínicos en función de la puntuación obtenida en el LSB.

O₃: Identificar las competencias afectivas vinculadas a los niveles de SM que describen sus síntomas (depresión, somatización, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, miedo, sueño, hipersensibilidad y angustia).

Hipótesis de Trabajo

H₁: El porcentaje de alumnos con síntomas clínicos será alrededor del 10% de la muestra en todos los casos.

H₂: Las escalas de Inteligencia Emocional percibida (medidas con el ESCQ) se relacionarán negativa y significativamente con buena parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50.

H₃: La escala de Ajustar Emociones medida con el ASQ se relacionará negativa y significativamente con la mayor parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50.

H₄: La escala de Suprimir Emociones medida con el ASQ se relacionará positiva y significativamente con la mayor parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50.

H₅: Las estrategias de afrontamiento de rumiación, catastrofismo y autoculparse (medidas con el CERQ) serán las que más se relacionarán positiva y significativamente con los síntomas clínicos recogidos por el LSB-50.

H₆: Las estrategias de afrontamiento de refocalización positiva, planificación y revaloración positiva y poner en perspectiva (medidas con el

CERQ) serán las que se relacionen negativa y significativamente con buena parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50.

H₇: Los estados afectivos (medidos con el BMIS) positivos se relacionarán negativa y significativamente con los síntomas clínicos medidos con el LSB-50.

H₈: Los estados afectivos negativos se relacionarán positiva y significativamente con los síntomas clínicos medidos con el LSB-50.

3. Método

La presente investigación ha seguido el método correlacional, ya que no han sido manipuladas ninguna de las variables y el trabajo se ha basado en la observación de las relaciones entre éstas. Las variables utilizadas son cuantitativas y se ha empleado el coeficiente de correlación de Pearson y un análisis de regresión lineal para el análisis de éstas. Los datos han sido recabados en el segundo año de carrera de tres promociones de estudiantes del Grado de Psicología de la Universidad de Cádiz.

3.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 190 estudiantes, 35 hombres y 155 mujeres de entre 18 y 50 años ($M= 21.16$; $DT= 4.33$), cuando en su momento cursaban el 2º curso del Grado de Psicología de la Universidad de Cádiz. Siendo tomado los datos en 2013, 2014 y 2015.

Se realizó un muestreo incidental entre el alumnado. Atendiendo el tamaño de la muestra (190) sobre la población posible de 220 posibles de las tres promociones, de acuerdo con Sierra Bravo (1988), el error que cometemos de estimación del tamaño de la muestra, partiendo de un nivel de confianza del 95% seguiría la siguiente fórmula, tomando $Z=1,96$ (redondeamos a 2):

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q * N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 p * q}$$
$$190 = \frac{4 * 95 * 5 * 220}{e^2 (220) + 4 * 95 * 5}$$

Lo que nos da un error de estimación del tamaño (e) de 1.16 por debajo del 5% recomendable.

3.2 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron el Listado Breve de Síntomas (LSB-50) para obtener los resultados de los síntomas clínicos de los sujetos, el Cuestionario de Competencias y Habilidades Emocionales (ESCQ), el Cuestionario de Estilo Afectivo (ASQ), el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) y el Brief Mood Introspection Scale (BMIS), de los que fueron obtenidas las posibles competencias afectivas que podían estar relacionadas con los niveles de SM de los participantes.

A continuación se incluye una breve descripción de cada uno de los instrumentos ya citados.

Listado Breve de Síntomas (LSB-50) fue creado por Luis de Rivera y Manuel R. Abuín (2012). El LSB-50 está formado por 50 ítems descriptivos de manifestaciones sintomáticas psicológicas y psicosomáticas. Contiene nueve subescalas clínicas, a las que se ha añadido un índice de riesgo psicopatológico, tres índices globales y dos escalas de validez. Para la redacción de los ítems se utilizó un lenguaje coloquial similar al que los pacientes utilizan para manifestar sus síntomas para así incrementar la validez ecológica de los mismos. Los ítems, así mismo, han sido redactados en primera persona, para producir una fácil identificación del sujeto evaluado con ellos. El LSB-50 comprende ocho escalas clínicas (psicorreactividad –que, a su vez, comprende dos subescalas, hipersensibilidad y obsesión-compulsión–, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto, sueño ampliado y riesgo psicopatológico) y dos escalas de validez (minimización y magnificación). La escala ampliada de sueño engloba a los ítems de sueño junto con 2 ítems de ansiedad y 2 de depresión que tienen relación relevante con el factor de sueño (Abuín & Rivera, 2014).

Según Abuín y Rivera (2014), los contenidos a los que hacen referencia las diferentes escalas serían los siguientes:

- Psicorreactividad: Hipersensibilidad para con uno mismo y los demás, sentimientos de incomprensión, síntomas obsesión-compulsión, rumiaciones, verificaciones.

- Ansiedad: Agitación interior, miedo, temor a soledad, aprensión, síntomas fóbicos.
- Hostilidad: Cólera, hostilidad manifiesta verbal y no verbal.
- Somatización: Dolores varios, molestias digestivas, dificultades respiratorias, sensaciones pérdida equilibrio.
- Depresión: Tristeza, anergia, intentos autolíticos, desesperanza, autodesvalorización.
- Sueño: Dificultades inicio y mantenimiento sueño, pesadillas.

Cuestionario de Competencias y Habilidades Emocionales (Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ), Tacsic, 2002, Adaptación hispanoargentina de Mikulic, 2009) evalúa la inteligencia emocional percibida, entendida como la habilidad para percibir, valorar y expresar con precisión las emociones, la habilidad para generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento, y la habilidad para regular las emociones y así promover el crecimiento intelectual y emocional (Mayer & Salovey, 1997). Este instrumento está compuesto de 45 ítems y tres subescalas, que hacen referencia a las habilidades descritas:

- 1) Percibir y Comprender las Emociones, compuesta por 15 ítems.
- 2) Expresar y Etiquetar las Emociones, compuesta por 14 ítems.
- 3) Manejar y Regular las Emociones, compuesta por 16 ítems.

El Cuestionario de Estilo Afectivo (The Affective Style Questionnaire, ASQ) fue creado en el año 2010 por Stefan G. Hofmann y Todd B. Kashdan. El ASQ consiste en una escala de 20 ítems que consta de 3 subescalas: Ocultar, Ajustar, y Tolerar la afectividad. La subescala “Ocultar” mide la supresión de las propias emociones, la subescala “Ajustar” mide el acceso limitado a las estrategias de regulación emocional efectiva y la subescala “Tolerar” hace referencia a la falta de conciencia emocional. Dada la brevedad de la medida, la escala muestra excelentes propiedades psicométricas (Hofmann y Kashdan, 2010).

Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ-S) (Domínguez, Lasa, Amor y Holgado, 2011; adaptado de Garnefski et al., 2001) es un cuestionario multidimensional de 36 ítems que mide las estrategias de regulación emocional cognitiva que la persona utiliza en respuesta a un suceso vital estresante. Este instrumento consta de 9 escalas de 4 ítems, conceptualmente distintas (Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno, 2013) (ver Tabla 4):

Tabla 4
Escalas del CERQ

Escalas	Significado
Rumiación	Estar pensando todo el tiempo sobre los propios sentimientos y pensamientos asociados con un evento negativo
Catastrofización	Enfatizar el terror de la experiencia
Autoculparse	Pensamientos de estar culpándose a ti mismo por lo que has vivido
Culpar a otros	Echar la culpa de lo que te ha pasado a los demás
Poner en Perspectiva	Quitar importancia a un evento negativo cuando lo comparas con otros eventos
Aceptación	Pensamientos de resignación por lo que ha pasado
Focalización positiva	Centrarse en lo placentero en lugar del evento actual
Reinterpretación Positiva	Dar un significado positivo al evento en términos de crecimiento personal
Refocalización en los Planes	Pensar en cuál es el orden de los pasos para combatir el evento

Los ítems, medidos en una escala de tipo Likert (de 1="casi nunca" a 5="casi siempre"), indican que a mayor puntuación mayor uso de la estrategia de afrontamiento evaluada.

El cuestionario Brief Mood Introspection Scale (BMIS) fue creado por John D. Mayer en el año 1988. El BMIS es una escala que mide el estado de ánimo mediante 16 adjetivos del estado de ánimo positivos (animado, feliz, afectuoso, contento, vivo, tranquilo, cariñoso y enérgico) y negativos (triste, cansado, pesimista, agitado, adormecido, gruñón, nervioso y harto), los cuales han de puntuarse mediante una escala

de 1 a 4, según ese adjetivo describa mejor o peor el estado de ánimo de la persona que realice el cuestionario.

En la Tabla 5 podemos ver la fiabilidad de cada una de las variables analizadas en el estudio.

Tabla 5
Fiabilidades de las variables de acuerdo al estudio

Variables	Fiabilidad (Alfa de Cronbach)
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)	
Depresión	0.91
Somatización	0.83
Obsesión-Compulsión	0.73
Ansiedad	0.69
Hostilidad	0.72
Miedo	0.67
Sueño	0.88
Hipersensibilidad	0.75
Angustia	0.46
Cuestionario de Competencias y Habilidades Emocionales (ESCQ)	
Percibir y Comprender las Emociones	0.81
Expresar y Etiquetar las Emociones	0.81
Manejar y Regular las Emociones	0.77
Cuestionario de Estilo Afectivo (ASQ)	
Suprimir Emociones	0.86
Ajustar Emociones	0.82
Tolerar Emociones	0.53
Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ)	
Autoculpa	0.74
Rumiación	0.71
Reenfoque Positivo	0.89
Centrarse en la Planificación	0.83
Revaloración Positiva	0.87
Poner en Perspectiva	0.76
Catastrofismo	0.68
Culpar a Otros	0.81
Aceptación	0.67
Brief Mood Introspection Scale (BMIS)	
Humor Positivo	0.78
Humor Negativo	0.85

3.3 Procedimiento

El procedimiento que se ha llevado a cabo en la investigación está dividido principalmente en tres fases. La primera de ellas consistió en la selección de la muestra, por lo que se trató de un tipo de muestreo no probabilístico. Fueron seleccionadas para

la investigación las tres primeras promociones del Grado en Psicología de la Universidad de Cádiz, todas ellas evaluadas en el mismo curso de formación (2º Curso) durante los años 2013, 2014 y 2015.

La segunda etapa de la investigación consistió en la obtención de todos los datos de los participantes durante esos tres años. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la creación de los instrumentos en una plataforma que funciona de forma online llamada “Google Drive”. Los cuestionarios LSB-50, ESCQ, ASQ, CERQ y BMIS fueron creados en esta plataforma. Así los participantes pudieron cumplimentar el test de forma online, donde además de responder a los cuestionarios, debían indicar su sexo, edad y su número de Documento Nacional de Identidad.

Por último, se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos: una vez que los participantes de la investigación cumplimentaron los cuestionarios, esta herramienta de Google generó un Excel de forma automática donde estaban recogidas todas las respuestas de cada participante a cada uno de los test con la fecha en la que habían sido realizados para poder así diferenciar unas promociones de otras.

El análisis estadístico de los datos incluyó cuatro pasos. Primero, el cálculo de los estadísticos descriptivos de frecuencias, es decir, el cálculo de la tendencia central, la posición, la dispersión y la asimetría de los datos, además de las frecuencias absolutas, los porcentajes sobre el total, los porcentajes sobre los casos válidos y los porcentajes acumulados de los válidos. Segundo, la elaboración de la sintaxis para la creación de las escalas de los diferentes cuestionarios a partir de la reagrupación de los ítems que formaban parte de la misma escala o subescala. Tercero, el análisis de la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos, estimada con el alfa de Cronbach, método que permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

Por último, una vez creadas las escalas y subescalas de cada cuestionario, éstas fueron analizadas mediante el procedimiento de Correlaciones bivariadas que calcula el Coeficiente de Correlación de Pearson y así medir el grado de covariación entre distintas variables cuantitativas relacionadas linealmente para posteriormente corroborar esa relación entre las variables mediante la Prueba U de Mann Whitney.

4. Resultados

Nuestra primera hipótesis de trabajo (H_1) era comprobar si el porcentaje de alumnos con síntomas clínicos era similar al de otros estudios que vimos en la introducción. La mayoría de estos trabajos mostraban un porcentaje cercano al 10% de la muestra. Para detectar al alumnado con síntomas clínicos se procedió a realizar un análisis estadístico exploratorio mediante el uso de la técnica “box-plot” que nos permite identificar a los “outliers” de cada subescala del LSB-50, como podemos ver en la Figura 2.

Estos “outliers” serán los que consideremos casos clínicos porque su puntuación está más allá del percentil 95 o del 5.

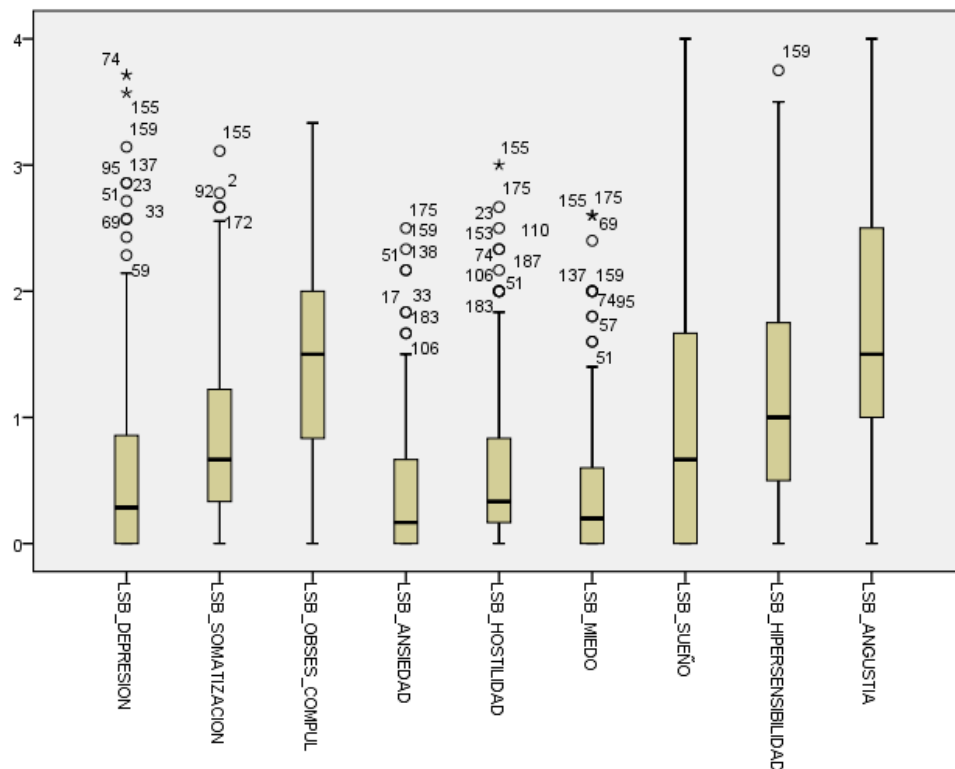


Figura 2

Técnica “box-plot” con las escalas del LSB-50

En relación al resto de hipótesis, de la H_2 a la H_8 , se realizó un análisis de correlación para explorar la dirección (positiva o negativa) e intensidad entre las

distintas variables afectivas y los síntomas básicos. En la Tabla 6 se resumen las medias y desviaciones típicas de cada variable predictora y su correlación con los criterios clínicos del LSB-50.

Tabla 6
Descriptivos y correlaciones entre el listado de síntomas breve y las variables predictoras. Rango de respuesta del LSB-50 0-4

Variables predictoras	M	DT	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SEXO											
1: varón (18.4%); 2: mujeres (81.6%)			.060	.143	.079	.076	-.027	-.009	.026	.202**	.115
EDAD (Rango 18-50)	21.16	4.33	-.021	-.133	-.115	-.087	-.123	-.059	.010	-.123	-.151*
ESCQ (IE percibida) N= 142-143. Rango de respuesta entre 1-7											
Percepción - Comprensión	4.59	.47	-.237**	-.165	-.128	-.235**	-.219**	-.213*	-.106	-.165*	-.168*
Expresión y Etiquetado	4.66	.47	-.129	-.118	-.095	-.228**	-.160	-.128	-.001	-.088	-.112
Gestión de emociones	4.50	.42	-.147	-.050	-.060	-.125	-.166*	-.077	-.098	-.046	-.096
ASQ (Estilo afectivo) N= 103-105 Rango de respuesta entre 1-5											
Suprimir Emociones	2.68	.81	-.003	-.116	-.098	-.024	-.020	-.052	.051	-.201*	-.189
Ajustar Emociones	3.01	.66	-.316**	-.407**	-.355**	-.378**	-.308**	-.386**	-.211*	-.442**	-.469**
Tolerar Emociones	3.13	.60	-.082	-.111	-.035	-.131	-.068	-.145	.105	-.179	-.101
CERQ (Coping) N= 110-111 Rango de respuesta entre 1-5											
Autoculpa	2.95	.76	.104	-.081	.215*	-.003	.088	.015	.065	.053	-.020
Rumiación	3.73	.73	.277**	.238*	.311**	.205*	.287**	.271**	.242*	.327**	.155
Refocalización positiva	2.81	.94	-.214*	-.118	-.121	-.131	-.153	-.192*	.053	-.205*	-.218*
Planificación	4.07	.73	-.252**	-.280**	-.187*	-.184	-.172	-.282**	-.094	-.284**	-.396**
Revaloración positiva	3.84	.91	-.247**	-.158	-.151	-.098	-.228*	-.246**	.032	-.257**	-.424**
Poner en perspectiva	3.45	.84	-.260**	-.179	-.026	-.082	-.163	-.212*	-.102	-.141	-.315**
Catastrofismo	2.21	.72	.419**	.217*	.347**	.320**	.375**	.420**	.175	.395**	.396**
Culpar a otros	2.13	.68	.172	.013	.133	.139	.214*	.176	.128	.124	.110
Aceptación	3.30	.76	.123	-.023	.220*	.091	.094	.164	.134	.103	-.001
BMIS (estado del humor) N= 170-171 Rango de respuesta entre 1-4											
Humor positivo	3.14	.48	-.433**	-.352**	-.221**	-.240**	-.402**	-.467**	-.331**	-.363**	-.533**
Humor negativo	2.13	.66	.469**	.549**	.454**	.393**	.474**	.502**	.341**	.531**	.677**
Humor General (-10 a +10)	5.68	3.27	-.425**	-.298**	-.239**	-.264**	-.357**	-.432**	-.356**	-.414**	-.489**

** p< 0.01; * p<0.05 1: Depresión 2: Somatización 3: Obsesión-Compulsión 4: Ansiedad 5: Hostilidad 6: Miedo 7: Sueño 8: Hipersensibilidad 9: Angustia

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión para determinar y/o confirmar la relación significativa descrita en la tabla 6. En esta fue empleada la Prueba U de

Mann Whitney, dividiendo la muestra en sujetos clínicos y no clínicos para comprobar si realmente existe una diferencia significativa entre ellos en la utilización de las estrategias afectivas.

La regresión lineal se ha llevado a cabo con los síntomas clínicos de depresión, ansiedad, somatización, hostilidad y sueño (ver Tablas 7 a 11), ya que según los resultados de la técnica “box-plot”, la muestra de sujetos “outliers” se encuentra en estas escalas.

Tabla 7

Descriptivos por grupos para síntomas depresivos (0= no depresivos; 1= depresivos), y prueba de U de Mann Whitney

	No depresivo		Depresivo		Z	p
	M	DT	M	DT		
Percepción - Comprensión	4.59	.47	4.47	.52	-.75	.452
Expresión y Etiquetado	4.65	.49	4.65	.36	-.13	.897
Gestión de emociones	4.48	.44	4.53	.33	-.34	.733
Suprimir Emociones	2.71	.82	2.30	.71	-1.40	.161
Ajustar Emociones	3.08	.62	2.30	.70	-2.93	.003
Tolerar Emociones	3.16	.59	2.76	.66	-1.69	.092
Autoculpa	2.95	.78	3.10	.60	-.73	.468
Rumiación	3.70	.74	4.15	.65	-1.72	.086
Refocalización positiva	2.90	.92	2.13	.83	-2.46	.014
Planificación	4.10	.72	3.60	.78	-2.08	.038
Revaloración positiva	3.88	.87	3.15	1.15	-1.79	.074
Poner en perspectiva	3.52	.84	2.90	.76	-2.11	.035
Catastrofismo	2.13	.65	3.13	.89	-3.28	.001
Culpar a otros	2.12	.66	2.18	.85	-.26	.795
Aceptación	3.30	.74	3.58	.90	-.86	.392
Humor positivo	3.18	.47	2.67	.46	-3.52	.000
Humor negativo	2.07	.63	2.89	.65	-3.84	.000

Tabla 8

Descriptivos por grupos para síntomas de somatización (0= no somatiza; 1= somatiza), y prueba de U de Mann Whitney

	No somatiza		Somatiza		Z	p
	M	DT	M	DT		
Percepción - Comprensión	4.59	.47	4.22	.75	-1.47	.141
Expresión y Etiquetado	4.65	.48	4.46	.55	-1.16	.246
Gestión de emociones	4.49	.43	4.30	.59	-1.16	.248
Suprimir Emociones	2.68	.80	3.38	1.24	-.98	.328
Ajustar Emociones	3.04	.64	2.29	1.01	-1.35	.176
Tolerar Emociones	3.14	.59	3.30	.71	-.32	.748
Autoculpa	2.97	.77	2.75	.35	-.37	.710
Rumiación	3.72	.72	5.00	.00	-2.25	.024
Refocalización positiva	2.85	.94	1.75	.35	-1.71	.087
Planificación	4.08	.73	3.13	1.24	-1.40	.161
Revaloración positiva	3.81	.91	3.63	1.95	-.05	.964
Poner en perspectiva	3.48	.85	2.38	.18	-1.97	.049
Catastrofismo	2.21	.72	3.00	1.06	-1.28	.199
Culpar a otros	2.13	.68	1.75	1.06	-.61	.543
Aceptación	3.35	.74	2.13	.53	-2.03	.043
Humor positivo	3.17	.46	2.40	.68	-2.46	.014
Humor negativo	2.10	.65	3.05	.60	-2.75	.006

Tabla 9

Descriptivos por grupo para síntomas de ansiedad (0= no ansiosos; 1= ansiosos), y prueba de U de Mann Whitney

	No ansiosos		Ansiosos		Z	p
	M	DT	M	DT		
Percepción - Comprensión	4.59	.47	4.35	.52	-1.05	.295
Expresión y Etiquetado	4.66	.47	4.45	.54	-1.11	.267
Gestión de emociones	4.49	.42	4.46	.56	-.42	.676
Suprimir Emociones	2.66	.82	2.94	.80	-.88	.381
Ajustar Emociones	3.04	.65	2.64	.73	-1.46	.144
Tolerar Emociones	3.14	.59	3.00	.74	-.63	.528
Autoculpa	2.96	.78	3.06	.44	-.75	.452
Rumiación	3.71	.74	4.16	.52	-1.51	.130
Refocalización positiva	2.87	.92	2.28	1.02	-1.77	.077
Planificación	4.09	.73	3.69	.77	-1.49	.135
Revaloración positiva	3.81	.93	3.81	.83	-.14	.890
Poner en perspectiva	3.48	.84	3.25	1.00	-.53	.595
Catastrofismo	2.17	.67	2.97	.99	-2.40	.016
Culpar a otros	2.11	.68	2.31	.67	-.98	.329
Aceptación	3.29	.74	3.75	.85	-1.34	.181
Humor positivo	3.16	.48	2.98	.53	-1.20	.232
Humor negativo	2.11	.66	2.47	.78	-1.54	.123

Tabla 10

Descriptivos por grupos para síntomas de hostilidad (0= no hostiles; 1= hostiles), y prueba de U de Mann Whitney

	No hostiles		Hostiles		Z	p
	M	DT	M	DT		
Percepción - Comprensión	4.60	.47	4.15	.42	-2.36	.018
Expresión y Etiquetado	4.66	.47	4.43	.54	-.93	.353
Gestión de emociones	4.51	.42	4.12	.43	-2.40	.016
Suprimir Emociones	2.68	.82	2.75	.82	-.34	.738
Ajustar Emociones	3.02	.66	2.89	.70	-.40	.689
Tolerar Emociones	3.13	.61	3.18	.48	-.10	.923
Autoculpa	2.94	.77	3.23	.66	-1.23	.217
Rumiación	3.71	.75	4.03	.60	-1.05	.295
Refocalización positiva	2.87	.94	2.43	.83	-1.43	.153
Planificación	4.07	.74	3.98	.73	-.29	.774
Revaloración positiva	3.86	.86	3.35	1.37	-1.04	.297
Poner en perspectiva	3.49	.87	3.18	.59	-1.25	.210
Catastrofismo	2.14	.68	3.08	.68	-3.63	.000
Culpar a otros	2.08	.63	2.60	.97	-2.06	.039
Aceptación	3.30	.73	3.58	.91	-1.11	.267
Humor positivo	3.18	.46	2.67	.61	-2.80	.005
Humor negativo	2.10	.65	2.63	.81	-2.18	.030

Tabla 11

Descriptivos por grupos para síntomas de miedo (0= sin miedo; 1= miedo), y prueba de U de Mann Whitney

	Sin miedo		Miedo		Z	p
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.		
Percepción - Comprensión	4.60	.46	4.36	.65	-1.14	.252
Expresión y Etiquetado	4.66	.47	4.52	.59	-.73	.464
Gestión de emociones	4.49	.42	4.47	.62	-.01	.997
Suprimir Emociones	2.70	.83	2.48	.59	-.56	.573
Ajustar Emociones	3.06	.63	2.48	.79	-1.99	.047
Tolerar Emociones	3.14	.62	2.98	.38	-1.05	.293
Autoculpa	2.96	.77	3.09	.72	-.45	.654
Rumiación	3.69	.72	4.38	.61	-2.29	.022
Refocalización positiva	2.86	.92	2.34	1.03	-1.46	.145
Planificación	4.09	.70	3.63	1.04	-1.18	.237
Revaloración positiva	3.85	.88	3.38	1.28	-1.02	.310
Poner en perspectiva	3.48	.83	3.19	1.09	-.81	.419
Catastrofismo	2.16	.66	3.00	1.08	-2.36	.018
Culpar a otros	2.13	.67	2.13	.77	-.12	.913
Aceptación	3.27	.72	4.00	.87	-2.31	.021
Humor positivo	3.18	.47	2.61	.47	-3.48	.001
Humor negativo	2.08	.64	2.94	.54	-3.85	.000

A continuación, discutiremos todos estos resultados para comprobar si se confirman las hipótesis anteriormente planteadas.

5. Discusión

La presente investigación se planteó, en primer lugar, el propósito de evaluar el nivel de SM percibida de los estudiantes de tres promociones del Grado en Psicología e identificar los casos clínicos en función de la puntuación obtenida. En segundo lugar, identificar las competencias afectivas vinculadas a esos niveles de SM en función de dividir cada síntoma por grupos según el análisis exploratorio previo realizado.

Nuestra hipótesis primera (H_1) trataba de comprobar si la nuestra muestra del alumnado de psicología se ajustaba al porcentaje de casos clínicos de otros estudios parecidos. Que como explicamos era aproximadamente alrededor del 10. El listado de síntomas básicos breve no diagnostica una determinada sintomatología como por ejemplo la depresión, pero sí es un indicativo de síntomas clínicos en comparación con su muestra de referencia. Los “outliers” nos permiten identificar aquellos casos que están claramente por encima de la población de estudio.

La figura 2 de “box-plots” de cada uno de los síntomas que recoge el LSB-50 nos muestra que esta población de estudiantes de psicología posee un porcentaje inferior al 10% de casos clínicos en todos los síntomas clínicos. Por lo tanto, nuestra hipótesis no queda confirmada, siendo el porcentaje mayor el de depresión con un 5,78% de la muestra de estudio.

Aparecen “outliers” en los siguientes síntomas: depresión (12 casos), somatización (5 casos), ansiedad, miedo y hostilidad (con 11 casos cada uno), e hipersensibilidad (con un caso).

En líneas generales, el nivel de percepción de SM del alumnado de psicología es muy positivo, ya que todas las medianas (siendo el rango de puntuaciones entre 0 y 4) estaban por debajo de 2.

Sin embargo, encontramos un porcentaje en torno al 5% de alumnos o alumnas que presentaban, o manifestaban tener, algunos de los síntomas.

A diferencia de nuestros resultados, González et al. (2014) encontraron un 11% de prevalencia de patologías mentales. No hemos encontrados más estudios sobre el nivel de SM del alumnado de psicología utilizando una prueba de screening general.

La segunda hipótesis (H_2) planteaba que las escalas de Inteligencia Emocional percibida (medidas con el ESCQ) se relacionarían negativa y significativamente con buena parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50. Según los resultados obtenidos, es cierto que todas las escalas del ESCQ se relacionan negativamente con los síntomas clínicos del LSB, pero no todas fueron significativas.

Cuando los síntomas fueron diferenciados en grupos con sintomatología clínica (aquellos que eran “outliers”) de aquellos que presentaban una sintomatología normalizada (que no presentaban dicha sintomatología y pertenecían a la misma distribución), la Inteligencia Emocional percibida (IEP) sólo se mostró clave en el grupo identificado como hostiles. La diferencia, en esta competencia, entre la población claramente hostil de la que no es, es que los primeros tienen una peor capacidad para percibir y comprender las emociones que los no hostiles ($p=.018$). Además también perciben que regulan y manejan las emociones peor los hostiles que los no hostiles ($p=.016$).

En ninguna de las demás sintomatologías la IEP (medida con el ESCQ) parece tener alguna diferencia relevante entre clínicos y no clínicos. Sólo en el caso de la hostilidad.

Algunos estudios no han diferenciado a qué SM o síntoma clínico hace referencia la IEP. Por ejemplo, Schutte et al. (2007) encontraron que niveles altos de IE estaban significativamente relacionados con una buena SM. Sin especificar a qué tipo de SM hace referencia. En nuestra investigación, hemos encontrado diferencias entre hostiles y no hostiles y una correlación significativa entre Expresión y Etiquetado de Emociones con la ansiedad ($r=-.228$; $p<.01$), cuando no se hacía diferencia entre muestra clínica y no clínica.

La tercera hipótesis (H_3) decía que la escala de Ajustar Emociones medida con el ASQ se relacionaría negativa y significativamente con la mayor parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50. Esta hipótesis ha sido parcialmente respaldada por nuestros resultados, ya que todos los síntomas clínicos del LSB-50 han correlacionado de forma negativa y significativa con la escala de ajustar emociones con un nivel de significación de 0.01.

Sin embargo, al diferenciar entre sujetos clínicos y no clínicos, la escala de Ajustar Emociones sólo fue clave en los sujetos depresivos y miedosos. Parece ser que las personas que no tienen síntomas depresivos utilizan más la estrategia de ajustar las emociones que los sujetos con síntomas depresivos de forma significativa ($p=.003$).

Esta diferencia también la hemos encontrado entre la población que muestra síntomas de miedo, ya que éstos utilizan menos la estrategia de Ajustar Emociones que el grupo sin esta sintomatología ($p= .047$).

Otros autores ya citaron la influencia de ajustar las emociones en la SM. Silva (2005), encontró que el ajuste de los afectos provoca un efecto general en la salud, sin embargo no especificó en qué sintomatología tiene una clara influencia esta estrategia.

La cuarta hipótesis (H_4) no ha sido apoyada de forma tan consistente por nuestros resultados. Esta planteaba que la escala de Suprimir Emociones medida con el ASQ se relacionaría positiva y significativamente con la mayor parte de los síntomas clínicos. Esta escala mide la tendencia a ocultar las propias emociones y según la literatura existente era de esperar que correlacionase positiva y significativamente con los síntomas clínicos, ya que autores como Gross (2002) afirmaban que las personas que tienen como estilo de regulación afectiva la supresión, al disminuir notoriamente su expresividad emocional, generan afectos negativos en los otros y resultan menos "alentadores" en situación de adversidad, en especial por la disminución de su expresividad afectiva. También McNally et al. (2003) sugerían que los trastornos por consumo de sustancias como el alcohol a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos, es decir, iniciados por una la supresión emocional.

Sin embargo, según nuestros datos, la escala de Supresión de Emociones sólo se correlaciona positiva y significativamente con el síntoma de Hipersensibilidad, ya que con el resto de los síntomas las correlaciones no son significativas. Además, al realizar la división ente sujetos clínicos y no clínicos, no hemos encontrado que esta estrategia sea clave en la manifestación de ninguno de los síntomas medidos con el LSB-50. Por todo ello no hemos podido confirmar nuestra cuarta hipótesis, a pesar de las evidencias de la revisión literaria.

Nuestra quinta hipótesis (H_5) decía que las estrategias de rumiación, catastrofismo y autoculparse (medidas con el CERQ) serían las que más se relacionarían positiva y significativamente con los síntomas clínicos recogidos por el LSB-50. Según los resultados obtenidos mediante la correlación de Pearson, existe una correlación positiva y significativa entre las estrategias de rumiación y catastrofización y estos síntomas clínicos. Sin embargo, esta correlación es menor en la estrategia de autoculpabilización, que sólo ha correlacionado positiva y significativamente con la sintomatología de obsesión-compulsión.

En la posterior diferenciación entre sujetos clínicos y no clínicos, se evidencian los grupos de sujetos clínicos en los que juega un papel fundamental la rumiación: los que somatizan ($p=.024$) y los miedosos ($p=.022$). Parece que estos sujetos están centrados continuamente en sus propios pensamientos sobre eventos negativos, a diferencia de los sujetos que no presentan estas sintomatologías. En cuanto al estilo cognitivo de catastrofización, podemos ver cómo esta estrategia es usada de forma claramente diferencial entre ambos grupos de sujetos. En concreto, los sujetos depresivos, ansiosos, hostiles y miedosos son aquellos que tienden a enfatizar el aspecto negativo de sus experiencias.

Los resultados obtenidos en las estrategias de rumiación y de catastrofización fueron ya encontrados por otros autores anteriormente citados. Sin embargo, esta quinta hipótesis no puede ser del todo confirmada debido a que la estrategia de autoculpabilización no se ha mostrado como elemento clave en ninguno de los síntomas del grupo de sujetos clínicos como apuntaron Garnefski y Kraaij (2006), Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001), Garnefski, Kraaij y Van Etten (2005) y Garnefski, Teerds, Legerstee y Van Den Kommer (2004).

La sexta hipótesis (H_6) planteaba que las estrategias de afrontamiento de refocalización positiva, planificación, revaloración positiva y poner en perspectiva (medidas con el CERQ) serían las que se relacionasen negativa y significativamente con buena parte de los síntomas clínicos descritos en el LSB-50. Nuestros resultados nos indican que si bien es cierto que estas estrategias correlacionan negativa y significativamente con buena parte de los síntomas clínicos (exceptuando ansiedad y sueño que no correlacionan significativamente con ninguna de ellas), al realizar la

diferenciación entre sujetos clínicos y no clínicos encontramos que la estrategia de revaloración positiva no resulta ser determinante en ninguno de los grupos de participantes clínicos.

En cuanto a las otras tres estrategias, se muestran principalmente determinantes en el grupo de sujetos depresivos, lo que nos dice que los sujetos de este grupo, a diferencia de los que no muestran síntomas depresivos, no se centran en lo placentero de los eventos de sus vidas, no ponen en perspectiva los problemas, lo que les impide restarles importancia a estos eventos negativos y, además, no ponen en práctica un plan de acción que les permita solucionar sus problema.

Por lo tanto, esta hipótesis quedaría parcialmente confirmada, ya que la estrategia de revaloración positiva no parece ser un elemento clave en ninguno de los grupos de sujetos clínicos, en contra de los resultados obtenidos por el estudio de Andrés, Castañeiras y Richaud de Minci (2014), los cuales encontraron que la revaloración positiva mostraba asociaciones negativas con los indicadores clínicos y que la utilización de esta estrategia se relaciona positivamente con optimismo y autoestima, y negativamente con la ansiedad.

Parte de la hipótesis ha sido confirmada ya que la refocalización positiva, la planificación y poner en perspectiva parecen ser claves en los sujetos depresivos, ya que estos usan con menor frecuencia estas estrategias en relación a los sujetos sin esta sintomatología, a pesar de que dichas estrategias no muestran una significativa influencia en la manifestación del resto de sintomatologías no depresivas. Estos resultados también fueron apoyados por autores como Joorman, Siemer & Gotlib (2007), quienes sugirieron que recuperar recuerdos con valencia emocional positiva es una forma efectiva de regulación emocional, y como Mitrofan y Ciuluvica (2012), quienes hallaron que el uso frecuente de estas estrategias se relacionaba con indicadores de bienestar subjetivo.

Finalmente, las dos últimas hipótesis de nuestra investigación planteaban que los estados afectivos positivos (medidos con el BMIS) se relacionarán negativa y significativamente con los síntomas clínicos (H₇) y, a la inversa, que los estados afectivos negativos se relacionarán positiva y significativamente con los síntomas clínicos medidos con el LSB-50 (H₈). Según nuestro análisis de correlaciones, ambas

hipótesis son confirmadas. Sin embargo, en la diferenciación entre sujetos clínicos y no clínicos, parece que el humor no es un elemento clave en la distinción entre sujetos ansiosos y no ansiosos.

En cuanto a los sujetos depresivos, los que somatizan, los hostiles y los miedosos, éstos se diferencian claramente de los sujetos no clínicos en que los primeros poseen menores niveles de humor positivo y mayores de humor negativo con respecto a su grupo de referencia.

Ambas hipótesis fueron confirmadas en el año 2014 por Vera y Celis en su estudio. Por su parte, Cohen et al. (2006) también encontraron una asociación entre afecto positivo y mejores índices de SM, aunque no especificaron con qué aspectos de la SM existía esta asociación.

6. Conclusión

Este trabajo presenta algunas limitaciones, la primera es que la validez externa sólo alcanza a los propios estudiantes de psicología de la UCA, no siendo recomendable extrapolar nuestros datos a alumnado de otras universidades. También nos encontramos con algunas escalas del LSB-50 como angustia cuya fiabilidad fue muy baja y se optó por la eliminación de la misma en este trabajo. El tamaño del efecto no fue calculado por la ausencia de trabajos previos con el LSB-50 que informen de dicha influencia.

Según nuestro estudio, de forma general hemos podido comprobar que los estudiantes de psicología poseen buenos niveles de SM percibida. Sin embargo, dentro de esta población encontramos un grupo de sujetos que se aleja claramente de los niveles normales de su muestra de referencia, que son los sujetos “outliers” debido a que se sitúan fuera de su curva de distribución normal en algunos de los síntomas clínicos descritos por el LSB-50.

Al comparar las estrategias emocionales que usan los sujetos no clínicos con las que usan los sujetos clínicos, llegamos a varias conclusiones.

La primera de ellas es que el grupo de sujetos hostiles manifiestan una peor capacidad para percibir y comprender las emociones que los no hostiles, además de regular y manejar las emociones de forma más deficitaria. La siguiente conclusión se basa en que los grupos de sujetos depresivos y miedosos tienen más dificultades para ajustar las emociones que su grupo de referencia.

Otra de las conclusiones a la que hemos llegado es que a pesar de lo ya citado por otros autores, suprimir las emociones no es un elemento clave en la manifestación de sintomatología clínica en nuestra muestra. Esto mismo ha ocurrido con la estrategia de autoculpabilización, que no se ha mostrado como estrategia diferenciadora entre los dos grupos de sujetos.

Sin embargo, la rumiación y la catastrofización sí parecen tener una mayor influencia en la SM. En concreto, las personas que somatizan y que son miedosas se caracterizan por una mayor rumiación, de igual forma que los sujetos depresivos, ansiosos, hostiles y miedosos se caracterizan por mayores niveles de catastrofización en comparación con su grupo de referencia.

Por otro lado, cabe destacar la clara diferenciación existente entre las estrategias que usan los sujetos no depresivos y las que usan los sujetos depresivos. Nos referimos aquí a las estrategias de refocalización positiva, planificación y poner en perspectiva. Estas estrategias son usadas por los sujetos que no muestran síntomas depresivos, por lo que podrían jugar un papel fundamental en el desarrollo de estos síntomas.

Finalmente, la última conclusión de esta investigación hace referencia a la alta relación entre la manifestación de síntomas clínicos y los niveles de humor, existiendo en los grupos de sujetos depresivos, los que somatizan, los hostiles y los miedosos un mayor nivel de humor negativo y un menor nivel de humor positivo en comparación con la muestra de sujetos no clínicos.

Todos estos análisis nos han permitido identificar aquellas competencias afectivas que más influyen en la SM de los estudiantes de psicología de la Universidad de Cádiz. Al diferenciar a los sujetos clínicos de los sujetos sin sintomatología clínica hemos conseguido identificar aquellas estrategias que estaban siendo usadas por cada uno de los grupos y así poder ver cuáles de ellas son más efectivas para evitar problemas de SM.

De esta forma, los resultados de esta investigación podrían ser aplicados por el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la universidad para promover en estudiantes de psicología con sintomatología clínica el uso de aquellas estrategias anteriormente citadas que claramente no son utilizadas por los alumnos que tienen problemas de SM.

Así se cumpliría nuestro propósito de una completa formación de los futuros psicólogos tanto en competencias cognitivas como en afectivas, para evitar posteriores problemas en la práctica profesional.

7. Referencias bibliográficas

- Abuín, M. R., & De Rivera, L. (2012). *Listado de Síntomas breve, LSB-50. Manual*. España: Tea Ediciones.
- Abuín, M. R., & De Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25, 131-141. DOI 10.1016/j.clysa.2014.06.001.
- Albanesi de Nasetta, S., & Tifner, S. (2004). Estudiantes de Psicología y estilos de personalidad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 6 (2), 49-54.
- Albanesi, S., Garelli, V., & Casari, L. (2009). Personality Styles and Life Quality in Psychology Students. *Fundamentos en Humanidades*, 1 (19), 139-156.
- Albanesi, S., Mella, N., Casari, L., & Garelli, V. (2011). Apego y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Alternativas en psicología*, 15 (25), 43-54.
- American Psychiatry Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5ª)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Andrés, M. L., Castañeiras, C.E., & Richaud, M.C. (2014). Contribution of cognitive emotion regulation strategies in anxiety, depression, and well-being in 10-year-old children. Preliminary results. *Psiencia. Latin american journal of psychological science*, 6 (2), 81-89. DOI 10.5872/psiencia/6.2.24.
- Aponte, H., & Winter, J. (2000). The person and practice of the therapist: Treatment and training, en M. Baldwin (comp.), *The use of self in therapy (2ª ed.)*, Binghamton, NY, Haworth, 127-165. DOI 10.1300/J287v03n01_10.
- Barradas, M. E., Sánchez, J. M., Rivera, J., Camacho, M. A., & Cruz, I. J. (2014). Inteligencia Emocional en estudiantes de Psicología de la U.V. e Ingeniería del ITV. *Congreso Virtual Internacional sobre Investigación Educativa*.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y SM. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2006). Social order and mental health: A social wellbeing approach. *Clínica y Salud*, 17(1).

- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18 (supl.), 34-41.
- Casari, L. (2010). ¿Es necesaria la SM en los psicólogos? *Diálogos*, 1(2), 29-41.
- Cassullo, G. L., & García, L. (2015). Estudio de las Competencias Socio Emocionales y su Relación con el Afrontamiento en Futuros Profesores de Nivel Medio. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18 (1), 213-228. DOI 10.6018/reifop.18.1.193041.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2009). *Código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid según la Ley 25 de 22 de Diciembre de 2009*. Descargado el 25 de Junio de 2015 desde <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68 (6), 809-815.
- Consoli, A., & Machado, P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. *La Integración en Psicoterapia* (385-451). Barcelona: Paidós.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221.
- Cornejo, M., & Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, VI (12), 143-153.
- De la Fuente, J., Justicia, F., Casanova, P.F., & Trianes, M.V. (2003). Percepción sobre la construcción de competencias académicas y profesionales en psicólogos. *Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 5-3(1), 3-34.
- De la Torre, C., & Godoy, A. (2002). Influencia de las atribuciones causales del profesor sobre el rendimiento de los alumnos. *Psicothema*, 14 (2), 444-449.

- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007) La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19 (2), 286-294.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 403-411. DOI 10.1016/S0005-7967(02)00020-7.
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescent's cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631. DOI 10.1016/j.adolescence.2004.12.009.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40 (8), 1659-1669. DOI 10.1016/j.paid.2005.12.009.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30 (8), 1311-1327. DOI 10.1016/S0191-8869(00)00113-6.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van del Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36 (2), 267- 276. DOI 10.1016/S0191-8869(03)00083-7.
- Garrido-Rojas L. (2006). Apego, Emoción y Regulación Emocional: Implicaciones para la Salud. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (3), 493-507.
- González, K., Gaspar, P., Luengo, S., & Amigo, Y. (2014). SM en estudiantes de la carrera de psicología. Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Integración Académica en Psicología*, 2(6), 35-43.
- González-Ferreras, C., González-Manjón, D., Guil, R., & Mestre J. M. (2012). *Aportaciones recientes al estudio de la motivación y las emociones*. Sevilla: Fénix.

- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 192-205. DOI 10.1093/clipsy.bpg022.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), 281-291. DOI 10.1017.S0048577201393198.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la SM y física. *Revista de psicología General y Aplicada*, 59 (1-2), 9-36.
- Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *Journal Psychopathology Behavioral Assessment*, 32(2): 255–263. DOI 10.1007/s10862-009-9142-4.
- Joorman, J., Siemer, M., & Gotlib, I.H. (2007) Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 484-490. DOI 10.1037/0021-843X.116.3.484.
- Laforge, R. (1962). A correlational study of two personality tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 26 (5), 402-411. DOI 10.1037/h0046728.
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Lizasoain, L., & Joaristi, L. (2003). *Gestión y análisis de datos con SPSS*. Versión 11. Universidad del País Vasco: Ed. Thomson.
- Luque, M. B. (2006). *Incidencia de trastornos de la personalidad y síndromes clínicos en estudiantes de psicología*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Luis.
- Martina, M. (s.f.) El capital psíquico. *Aportes de la Psicología Positiva*.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Ramos, V. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Research in Educational Psychology*, 8(21), 861-890.

- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554–564. DOI 10.1016/j.paid.2010.05.029.
- Mayer, J. D., & Gaschke, Y. N. (1988). The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 102-111.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey and D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2007). Human Abilities: Emotional Intelligence. *The Annual Review of Psychology*, 59, 507–36. DOI 10.1146/annurev.psych.59.103006.093646.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28 (6), 1115-1127. DOI 10.1016/S0306-4603(02)00224-1.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2013). Validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in University Students of Córdoba, Argentina. *PSYKHE*, 22, 1, 83-96. DOI 10.7764/psykhe.22.1.473.
- Mitrofan, N., & Ciuluvica, C. (2012) Anger and hostility as indicators of emotion regulation and of the life satisfaction at the beginning and the ending period of adolescence. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 33, 65-69. DOI 10.1016/j.sbspro.2012.01.084.
- Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatun.
- Moreno, M., & Rodríguez, M.I. (2010). Sentido de la vida, inteligencia emocional y SM en estudiantes universitarios. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*.
- Naranjo-Vila, C., Gallardo, M., & Zepeda, M. (2010). Affective style and inward and outward personality styles: The emotional styles of personality model. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 344-355. DOI 10.4067/S0717-92272010000500009.

- Opazo, R. (2004). Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. En H. Fenández Álvarez y R. Opazo (Eds.), *La Integración en Psicoterapia. Manual práctico* (335-384). Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. New York: ONU.
- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M., & Jiménez J. (2011). An approach from positive psychology to mental health of university freshmen in Concepcion (Chile) *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 29(1), 148-160.
- Quintero, E. (2004) El Rol del Humor en la SM. *SM al Día*, 13.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 71-88. DOI 10.1007/s10608-005-1650-2.
- Rojas, D. F. (2012). Capacidad explicativa de los síntomas del LSB-50 sobre un único factor de psicopatología general. *Primer congreso internacional de psicología*.
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2007). When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10 (2), 227-232. DOI 10.1093/clipsy/bpg012.
- Ruvalcaba, N. A., Fernández-Berrocal, P., & Salazar, J. G. (2014). Analysis of the relation between emotional intelligence and factors associated with the quality of life. *Psicología y Salud*, 24 (2), 245-253.
- Salanova, M., Martínez-Martínez, I. M., Bresó, E., Llorens, S., & Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de psicología*, 21(1), 170-180.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health.

Personality and Individual Differences, 42(6), 921–933. DOI 10.1016/j.paid.2006.09.003.

Silva, J. (2005) Emotion Regulation and Psychopathology: the Vulnerability/Resilience Approach. *Chil Neuro-Psiquiat*, 43(3): 201-209. DOI 10.4067/S0717-92272005000300004.

Takšić1, V., Mohorić, T., & Duran, M. (2009). Emotional skills and competence questionnaire (ESCQ) as a self-report measure of emotional intelligence. *Horizons of Psychology*, 18 (3), 7-21.

Valls, F. (2007). Inteligencia Emocional y asesoramiento vocacional y profesional: usos y abusos. *Investigación Psicoeducativa*, 5(11), 179-200.

Vázquez, C., & Hervás, C. (2008). *Psicología Positiva aplicada* (17-39). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.

Vera-Villarroel, P. & Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(3), 15-23. DOI 10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apnm.



UCA

Universidad
de Cádiz